

CITIZENSHIP AFFIDAVIT (TIER 4) DECLARACIÓN JURADA DE CIUDADANÍA (NIVEL 4)

Esta declaración jurada se utilizará solamente si usted no puede proporcionar una prueba primaria de ciudadanía, tal como un pasaporte o certificado de nacimiento.

NOMBRE DEL CLIENTE (OTRA PERSONA INFORMADA, SI SE APLICA)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
---	--------------------------------------

No puedo proporcionar/obtener un certificado de nacimiento ni otra prueba documentaria de ciudadanía, porque:

****Cada persona (el cliente y amigo/pariente) que firme una Declaración Jurada de Ciudadanía (DSHS 27-033) lo hace así bajo lo siguiente:**

Declaro bajo penalidad de perjurio de las leyes del Estado de Washington que la información en esta declaración jurada es verdadera y correcta.

FIRMA DEL CLIENTE

Firmada este _____ día de _____ 20__,

en _____ Washington.

Para ser elegible para Medicaid, usted debe obtener también **dos** Declaraciones Juradas de Ciudadanía (Nivel 4) (DSHS 27-033) llenadas y firmadas.

- Solamente una persona que afirme su ciudadanía puede ser su pariente.

Si se solicita, cada persona ** (amigo o pariente) que firme una declaración Jurada de Ciudadanía (Nivel 4) (DSHS 27-033) en apoyo de la declaración jurada del cliente mencionada arriba, tiene que proporcionar prueba de:****

- **Ciudadanía (Certificado de Nacimiento); así como**
- **Identidad (ejemplos: licencia de conducir, identificación militar, identificación del estado).**

Yo, _____ tengo conocimiento de que (cliente) _____ es un ciudadano de los Estados Unidos porque:

Firmada este _____ día de _____ 20__,

en _____ Washington.

IMPRIMA EL NOMBRE	FIRMA**	RELACIÓN CON EL CLIENTE, SI SE APLICA
-------------------	---------	---------------------------------------